

LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES D'UNE CLIENTÈLE DITE « MULTIPROBLÉMATIQUE » AU SEIN DU RSSS AU QUÉBEC THE MAIN CHARACTERISTICS OF A SO-CALLED "MULTIPROBLEMATIC" CLIENT IN QUEBEC HEALTH AND SOCIAL SERVICES

Isabelle Moreau and Suzanne Léveillé

Volume 39, Number 2, 2018

LES MEILLEURES PRATIQUES CLINIQUES PRÉCONISÉES DANS LE
SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN MATIÈRE DE
PROBLÉMATIQUES COMPORTEMENTALES
THE RECOMMENDED BEST CLINICAL PRACTICES IN THE HEALTH
AND SOCIAL SERVICES SECTOR REGARDING BEHAVIOURAL ISSUES

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1051221ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1051221ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Moreau, I. & Léveillé, S. (2018). LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES D'UNE
CLIENTÈLE DITE « MULTIPROBLÉMATIQUE » AU SEIN DU RSSS AU QUÉBEC.
Revue québécoise de psychologie, 39(2), 49–64. <https://doi.org/10.7202/1051221ar>

Article abstract

This article presents the results of an exploratory study about the main components characterizing the people with so-called "multilevel problems" in health and social services (N = 128). The overall picture that emerges from this study highlights risk factors for challenging behavior in this population. The results show that the network can be found more in the management of emergency situations rather than in the organization of planned services to this clientele with special needs.

LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES D'UNE CLIENTÈLE DITE « MULTIPROBLÉMATIQUE » AU SEIN DU RSSS AU QUÉBEC

**THE MAIN CHARACTERISTICS OF A SO-CALLED « MULTIPROBLEMATIC » CLIENT IN
QUEBEC HEALTH AND SOCIAL SERVICES**

Isabelle Moreau¹
*CIUSSS de la Mauricie et
du Centre-du-Québec*

Suzanne Léveillé
Université du Québec à Trois-Rivières

CONTEXTE

L'usage de l'appellation « clientèle multiproblématique » a pris beaucoup d'ampleur au cours des dernières années dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Mais de qui s'agit-il précisément? Cette question mérite réflexion puisqu'à l'heure actuelle, le RSSS est confronté à un défi de taille dans sa capacité d'accueil au regard de cette clientèle.

Définition et ampleur du phénomène

La présente étude permet de constater que la terminologie « clientèle multiproblématique » est abondamment utilisée par les intervenants et les gestionnaires du RSSS sans pour autant être clairement définie dans la littérature. En contrepartie, un groupe d'experts du domaine clinique et de gestion² du RSSS a proposé une définition d'une clientèle dite « multiproblématique » en 2010, soit :

Une clientèle qui ne trouve pas de réponse ajustée à ses besoins dans le réseau des services publics et qui se caractérise par une symptomatologie pouvant être associée ou non à d'autres pathologies se traduisant par le cumul, l'intensité et la gravité de comportements jugés problématiques puisqu'ils s'écartent des normes sociales considérées comme étant acceptables dans leurs contextes.

En 2009, l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la MCQ stipule qu'elle est plus fréquemment interpellée pour trancher des litiges et arbitrer des différends dans le réseau quant aux services à offrir à cette clientèle. À titre d'exemple, l'impact financier important de la prise en charge de cette clientèle, l'absence de ressources adaptées pour répondre à leurs besoins et la gestion des risques que celle-ci génère sont des conséquences fréquemment évoquées. Par ailleurs, il est observé que la

1. Adresse de correspondance : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ), 1025, rue Marguerite Bourgeoys, Trois-Rivières (QC), G8Z 3T1. Courriel : Isabelle.moreau1@ssss.gouv.qc.ca
2. Comité d'experts cliniques, institué dans le cadre des travaux d'implantation des mesures du complément aux Orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples et complexes dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

gestion des programmes-services développe des réflexes protectionnistes par une interprétation davantage restrictive de leur mission de sorte que les critères d'exclusion dominent les critères d'inclusion de la clientèle, telle la nécessité d'un diagnostic, générant de ce fait des vides de services (ASSS MCQ, 2009).

Ces impacts dans l'offre de services du RSSS avaient déjà été identifiés à certains égards par le Comité de la santé mentale du Québec il y a plus de 20 ans. En effet, ce comité avait mis en lumière les enjeux de la transformation des services à la suite de la désinstitutionalisation. Celui-ci avait alors souligné les limites dans l'offre de services du RSSS étant susceptibles d'engendrer l'itinérance, la judiciarisation, le fardeau des familles ainsi que le syndrome de la porte tournante (Dorvil, Guttman, Ricard et Villeneuve, 1997; Lamboley, 2009). Quoi qu'il en soit, l'ampleur du phénomène demeure parcellaire puisque le taux de prévalence de la clientèle dite « multiproblématique » est inconnu. Cela s'explique en partie par son profil hétérogène ne permettant pas de cibler un indicateur de la clientèle afin de la comptabiliser dans les systèmes d'information du réseau. En effet, il n'y a pas nécessairement de diagnostic précis permettant d'identifier cette clientèle, ni un profil de besoins convergents ou un requis de services similaires.

RECENSION DES ÉCRITS

Considérant que la terminologie « clientèle multiproblématique » constitue davantage une expression courante au sein du RSSS et qu'elle n'est pas utilisée comme telle dans la littérature scientifique, la recension des écrits fut orientée vers les concepts souvent évoqués concernant celle-ci, soit les concepts : d'agressivité, de violence, de dangerosité et les facteurs de risque de comportements violents.

Concepts souvent associés à la clientèle dite « multiproblématique »

Certains auteurs proposent une clarification quant à l'usage des concepts d'agressivité, de violence et de dangerosité (Millaud, 2009; Millaud, Roy, Gendron et Aubut, 1992). Ces derniers soutiennent que l'agressivité correspond à l'expression de l'affect pour laquelle le contrôle de la personne est relativement incertain. En ce qui a trait à la violence, celle-ci renvoie aux actes réels posés par la personne, pouvant porter atteinte à l'intégrité physique ou psychologique d'autrui ou d'elle-même. Enfin, la dangerosité d'une personne évoque un état dans lequel celle-ci est susceptible de commettre un acte violent. Conséquemment, la dangerosité n'est pas un état permanent, elle fluctue dans le temps et selon les circonstances en fonction du contexte et de l'interaction entre la personne et son environnement (Dumais, 2012; Millaud, 2009).

Les principaux facteurs de risque de comportements violents

Deux types de facteurs de risque de comportements violents sont régulièrement repris dans la littérature : les facteurs de risque statiques et les facteurs de risque dynamiques. Les facteurs de risque statiques font référence à des éléments qui sont difficilement modifiables, tels les facteurs de risque sociodémographiques et historiques (Voyer, Senon, Paillard et Jaafari, 2009). Ils constituent la toile de fond permanente du portrait clinique d'une personne. En ce qui a trait aux facteurs de risque dynamiques, ceux-ci sont propices au changement. Ces facteurs réfèrent notamment aux symptômes cliniques ou aux variables pouvant être attribuables à un contexte. Ce sont également les variables sur lesquelles la prise en charge thérapeutique pourrait être centrée. Les facteurs de risque de comportements violents les plus courants dans la littérature se regroupent principalement sous cinq dimensions, soit : sociodémographique et individuelle, historique, psychosociale, contextuelle et clinique.

Les facteurs de risque sociodémographiques et individuels

L'âge est un facteur de risque bien documenté dans la littérature. Entre autres, une étude de Senninger (2005) démontre que 78 % des personnes soumises à une évaluation pour dangerosité sont âgées de moins de 40 ans. De plus, bien que dans la population générale les hommes adopteraient des comportements davantage violents que les femmes, lorsque combiné à un trouble mental grave (TMG), le genre ne peut être retenu comme un facteur discriminant (Millaud et Dubreucq, 2005). Cependant, le risque de condamnations pour infraction avec violence est plus élevé chez la femme présentant un TMG (OR = 27,4) que chez l'homme présentant un TMG (OR = 4,2) (Voyer, 2013).

Certains auteurs s'entendent sur le fait qu'un faible niveau socioéconomique est associé à une augmentation du risque de violence (Senon, Jonas et Voyer, 2013; Voyer *et al.*, 2009) et qu'il est un facteur de risque de comportements violents vers la délinquance au même titre que le faible niveau de scolarité (Guedeney et Dugravier, 2006). De plus, les personnes célibataires encourent un risque plus élevé de commettre des actes violents que les personnes vivant en couple (Hodgins *et al.*, 2011; Millaud et Dubreucq, 2005).

Les facteurs de risque historiques

Les antécédents de violence sont considérés comme étant un facteur prédicteur des plus significatifs (Lunsky, Balogh et Cairney, 2012; Weiss, Slusarczyk et Lunsky, 2012). Par ailleurs, le type de violence, qu'elle soit subie ou agie, ainsi que les cibles des actes violents sont des facteurs de risque prépondérants (Hodgins, Tiihonen et Ross, 2005; Murray et

Farrington, 2010; Voyer *et al.*, 2009). De plus, tout acte délictuel perpétré antérieurement est considéré comme un facteur de risque de violence (Hodgins *et al.*, 2011; Klassen et O'Connor, 1994).

De surcroît, l'exposition à des mauvais traitements, à une éducation coercitive ou une dynamique familiale dysfonctionnelle joue un rôle manifeste à l'adoption de comportements violents (Murray et Farrington, 2010; Senon *et al.*, 2013). Par ailleurs, les antécédents d'inadaptation durant l'enfance et l'adolescence, qu'ils soient d'ordre familial, scolaire ou social, sont aussi considérés comme un facteur de risque (Guedeney et Dugravier, 2006).

Les facteurs de risque psychosociaux et contextuels

Bien qu'ils aient une importance clinique reconnue, les différents facteurs psychosociaux sont difficiles à hiérarchiser puisqu'ils ne sont pas nécessairement répertoriés comme tel. Néanmoins, l'absence de soutien d'un réseau social et familial est à considérer dans la gestion du risque, de sorte que la présence d'un environnement social et familial favorable pourrait agir comme facteur de protection (Desjardins, D'Amours, Poissant et Manseau, 2008; Ouellet et Hodgins, 2014). Les facteurs de risque contextuels sont des facteurs liés aux conditions sociales, à l'environnement ainsi qu'aux circonstances de la vie d'une personne (Elbogen, Van Dorn, Swanson, Swartz et Monahan, 2006; Millaud et Dubreucq, 2005; Senon *et al.*, 2013; Silver, 2000; Voyer *et al.*, 2009).

Les facteurs de risque cliniques

Voyer et ses collaborateurs (2009) rapportent que malgré l'augmentation du risque à commettre des actes violents chez les personnes présentant des troubles mentaux, ces derniers sont rarement à l'origine des actes criminels les plus graves. Bien qu'une méta-analyse mette en évidence une association entre la psychose et l'accroissement du risque de violence, il importe d'en nuancer l'interprétation (Douglas, Guy et Hart, 2009). En effet, la propension à commettre des actes violents est d'origine multifactorielle (Elbogen et Johnson, 2009; Elbogen *et al.*, 2006). Conséquemment, la symptomatologie est un meilleur indicateur à prendre en compte puisqu'elle peut être associée ou non à certains troubles, qu'ils soient psychiatriques, neurologiques ou développementaux. Ainsi, le niveau d'impulsivité, d'irritabilité, la capacité de discernement, de jugement et de tolérance à la frustration sont des facteurs de risque prépondérants (Senon *et al.*, 2013; Voyer *et al.*, 2009). Par ailleurs, la capacité d'insight, la régulation des émotions et le contrôle pulsionnel sont considérables, particulièrement chez les personnes aux prises avec des troubles neurologiques (CIUSSS MCQ, 2015b; Joyal, Gendron et Côté, 2008; Voyer *et al.*, 2009).

L'adhésion aux soins et l'observance thérapeutique font le pont entre la désinstitutionalisation et les symptômes associés à une augmentation du risque de violence (Elbogen *et al.*, 2006; Senon et Manzanera, 2006; Weiss *et al.*, 2012). Il est surtout intéressant de soulever qu'un suivi serré augmente l'adhésion aux soins diminuant ainsi les risques de comportements violents (Voyer *et al.*, 2009). Par ailleurs, il importe de noter que la période de 20 semaines suivant la fin d'une hospitalisation est une période charnière où le risque de passage à l'acte violent est considérable (Swanson *et al.*, 2006). De plus, Sabourin, Sénécal et Paquet (2016) rapportent une forte tendance voulant que les personnes suivies par du personnel spécialisé au quotidien soient moins dirigées vers les urgences psychiatriques lors d'un épisode de crise (CIUSSS MCQ, 2015b). Ainsi, la rigueur du suivi par des interventions spécifiques et une médication ajustée devient incontournable dans l'organisation des services au sein du RSSS (Hodgins *et al.*, 2011).

OBJECTIF DE LA RECHERCHE

L'objectif de l'étude consiste à décrire cette clientèle dite « multiproblématique » par l'identification des principales composantes qui la caractérise dans un contexte d'organisation des services du RSSS.

MÉTHODE

Cette recherche se veut exploratoire et prend assise sur une analyse de dossiers. Le choix de cette méthodologie répond aux objectifs de cette étude en considérant la nature du problème et les ressources disponibles.

Participants

L'échantillon de la population à l'étude est composé de 128 dossiers d'usagers âgés de 18 à 65 ans, considérés comme étant une clientèle multiproblématique au sein des établissements de la santé et des services sociaux de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec (MCQ). Il s'agit donc d'un échantillon de 0,04 % de la population adulte en MCQ³.

Instrument de mesure

Afin de permettre une analyse de dossiers rigoureuse et structurée, le développement d'une grille d'analyse type est incontournable. Inspirée de la Grille d'analyse multidimensionnelle de l'homicide conjugal de Léveillé, Dubé, Martins Borges et Lefebvre (2005), une Grille d'analyse multidimensionnelle de la clientèle dite « multiproblématique » fut

3. La population adulte de la région de la MCQ âgée entre 18 et 65 ans est de 308 300 personnes (CIUSSS MCQ, 2015a).

développée avec la collaboration de plusieurs experts cliniques du RSSS MCQ. La Grille d'analyse multidimensionnelle de la clientèle dite « multiproblématique » (GAMM) est composée de cinq dimensions regroupant des variables sociodémographiques, historiques, situationnelles et psychosociales, contextuelles et cliniques.

Déroulement

Au moment de l'étude, ce projet de recherche a nécessité la participation de huit centres de santé et des services sociaux de la MCQ ainsi que de quatre établissements spécialisés à vocation régionale. Conséquemment, les dossiers correspondant à la définition de la clientèle dite multiproblématique sont identifiés de façon indépendante par chacun de ces établissements. De surcroît, la collaboration des directions des services professionnels fut essentielle afin de consentir en lieu et place des usagers tel que stipulé à l'article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

Les 128 dossiers retenus ont tous été analysés par la première auteure de cet article. Le biais potentiel pouvant menacer la validité de l'étude fut minimisé par le calcul d'un taux d'accord interjuges sur 20 % des dossiers mettant à contribution la deuxième auteure de cet article.

RÉSULTATS

Le traitement statistique des données fut réalisé à partir du logiciel *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), version 23. Des analyses de fréquence ont été effectuées pour décrire l'échantillon total (N = 128). Par ailleurs, afin de mettre en relief les résultats des analyses, des comparatifs ont été effectués sur certaines variables entre la population à l'étude et la population générale. Les données de cette dernière sont tirées principalement de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Présentation des résultats

Dimension sociodémographique

L'échantillon est composé de personnes âgées de 18 à 65 ans dont l'âge moyen est de 41,14 ans ($\bar{ET} = 15,414$). De plus, 66,4 % sont des hommes, 33,6 % sont des femmes et 91,4 % ne sont pas en couple.

Le niveau de scolarité de ces personnes va du primaire à universitaire. Toutefois, 57,7 % d'entre elles ont un niveau de scolarité primaire ou présecondaire. Par ailleurs, en termes d'occupation, 95,3 % sont prestataires d'un programme gouvernemental d'aide financière (Sécurité du revenu, Société de l'assurance automobile du Québec,

Commission de la santé et de la sécurité du travail, etc.). Au regard du type d'hébergement, 43,8 % sont hébergées par le RSSS, 26,6 % vivent de façon autonome, 13,2 % habitent des ressources d'hébergement privées ou communautaires, 8,6 % sont sans domicile fixe et 7 % vivent dans leur famille naturelle comme personne à charge. De surcroît, 40,8 % bénéficient d'un régime de protection publique.

Dimension historique

En ce qui a trait à la dimension historique, les informations recensées sont liées à l'enfance et à la jeunesse. Par conséquent, cette section comporte des données manquantes puisque sur certains aspects l'information ne figurait pas au dossier. Néanmoins, sur un échantillon de 104 personnes, 78,2 % ont bénéficié des services sociaux du réseau avant l'âge adulte et 49,5 % ont vécu au moins un placement. Par ailleurs, 81,7 % présentaient des indices de difficultés d'adaptation sociale ou scolaire et 88,9 % présentaient déjà des comportements problématiques. Sur un échantillon de 108 personnes, 55,6 % ont été victimes de mauvais traitements et 75 % d'un échantillon de 96 personnes vivaient au sein d'une dynamique familiale complexe. D'un échantillon de 110 personnes, 37,3 % ont des antécédents d'activités criminelles avant l'âge adulte.

Dimension situationnelle et psychosociale

Dans une perspective de soutien et d'encadrement, 87,5 % des personnes qui composent l'échantillon n'ont pas de réseau social et 68,8 % n'ont pas de soutien familial. De plus, 43 % des usagers ont besoin d'assistance continue par mesure de sécurité dans leurs déplacements et 30,5 % ont des mesures de contrôle inscrites au dossier telles que définies par le MSSS (MSSS, 2015).

Au cours de l'année précédant l'analyse de leur dossier, 71,8 % des personnes ont utilisé les services d'urgence d'un centre hospitalier pour une moyenne annuelle de quatre consultations ($\bar{ET} = 4,02$), 15,6 % ont obtenu d'une à deux consultations et 56,2 % ont obtenu trois consultations et plus. De surcroît, 12,5 % de l'échantillon ont obtenu 12 consultations et plus à l'urgence durant l'année précédant l'analyse de leur dossier. La Figure 1 met en comparaison la proportion de consultation à l'urgence d'un hôpital de la population générale de 15 ans et plus (ISQ, 2013) à celle de la population à l'étude.

En ce qui a trait au taux d'hospitalisation au cours de l'année précédant l'analyse de leur dossier, 58,6 % des personnes ont été hospitalisées pour une moyenne de 1,9 hospitalisation par année ($\bar{ET} = 2,5$). En effet, 10,2 % ont été hospitalisées une fois et 48,5 % deux fois et plus. La Figure 2 met en comparaison la proportion d'hospitalisation de la population générale (ISQ, 2013) à celle de la population à l'étude.

Clientèle dite « multiproblématique »

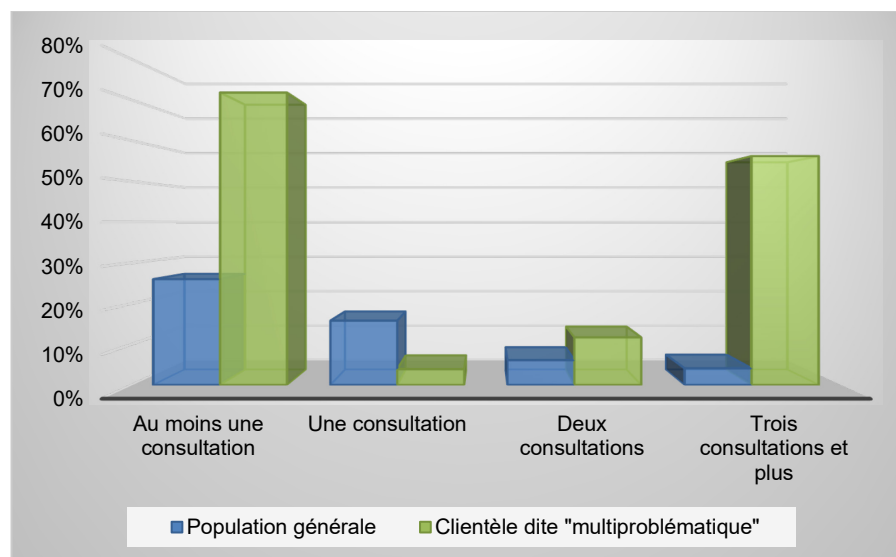


Figure 1. Comparaison des proportions de la population générale ayant consulté à l'urgence d'un hôpital au cours d'une période de 12 mois à celles de la population à l'étude.

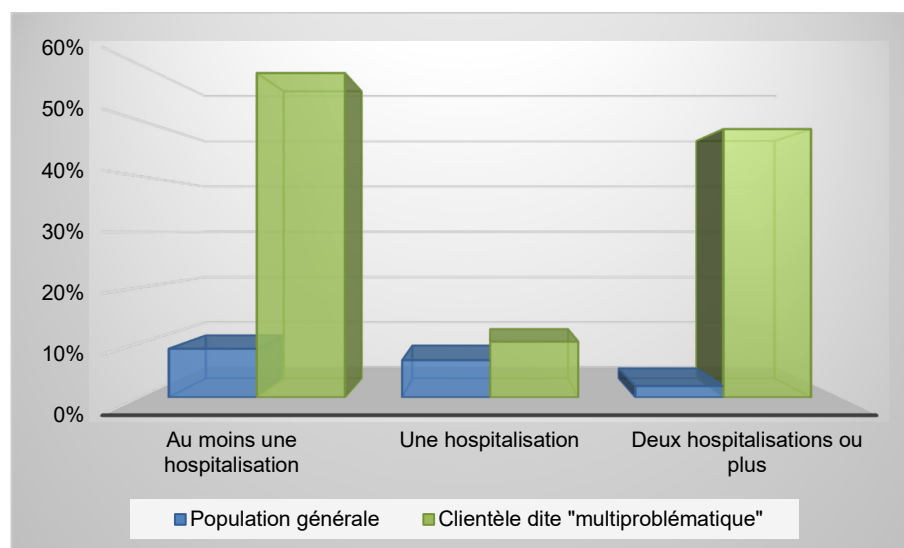


Figure 2. Comparaison des proportions de la population générale ayant été hospitalisée au cours d'une période de 12 mois à celles de la population à l'étude.

Dimension contextuelle

Les résultats associés au contexte d'organisation des services du RSSS démontrent que 69,5 % des personnes qui composent l'échantillon sont tributaires de litiges entre les partenaires du réseau quant à leur prestation de services. Les principaux programmes-services desservant la population de l'échantillon sont : le programme santé mentale (47,7 %), le programme Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) (27,3 %), le programme dépendance (11,7 %), le programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) (7 %) et le programme DP (6,3 %).

Les résultats associés au contexte des actes délictuels démontrent que 46,8 % ont des antécédents d'activités criminelles, 40,5 % ont été judiciairisés et 29,4 % ont fait de la prison. Il est à noter que 8 % figurent sur le registre national des délinquants sexuels. Au cours de l'année précédant l'analyse de dossiers des personnes qui composent l'échantillon, 37 % ont été impliqués dans au moins une situation de violence, qu'elle soit agie ou subie, où une intervention policière fut nécessaire.

Dimension clinique

Par définition, la clientèle dite « multiproblématique » présente nécessairement des problématiques comportementales. Plus précisément les résultats démontrent que 72,7 % présentent des comportements impulsifs, 59,4 % manifestent des comportements d'opposition de provocation et de faible tolérance à la frustration, 57,8 % adoptent des comportements agressifs physiques envers autrui, 55,9 % affichent des comportements sociaux offensants, 53,1 % présentent des comportements sociaux perturbateurs, 49,2 % manifestent des comportements destructeurs envers les objets et 26,6 % adoptent des comportements sexuels aberrants. De plus, 32 % présentent des comportements d'automutilation et 29,1 % ont fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie.

De plus, les principaux diagnostics figurant aux dossiers démontrent que 57,3 % présentent des troubles ou des atteintes neurologiques, 37,5 % affichent une lenteur intellectuelle, 25 % ont un trouble de l'adaptation et 22,5 % présentent un trouble de l'attachement. De surcroît, 19,5 % ont un trouble de personnalité limite (TPL), 19,5 % présentent un état de stress post-traumatique (ESPT), 16,7 % ont des troubles psychotiques du spectre de la schizophrénie, 14,1 % présentent un trouble de la personnalité antisociale (TPA), 12,6 % ont une déficience intellectuelle (DI), 10,2 % présentent un trouble dépressif et 7,9 % ont un trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Bien que certains diagnostics ne soient émis, il importe néanmoins de mentionner que des impressions cliniques, des symptômes ou des traits cliniques⁴ sont bien documentés dans les dossiers des usagers. En effet, 27,3 % présentent un diagnostic de trouble d'utilisation de substance (alcool) pour 36,7 % présentant des symptômes associés à ce trouble. De surcroît, 14,8 % présentent un diagnostic de trouble d'utilisation de substance (drogues) pour 22,7 % présentant des symptômes associés à ce trouble. Dans le même ordre d'idées, 19,5 % présentent un TPL pour 43 % présentant une symptomatologie associée, tout comme 14,1 % présentent un TPA pour 35,9 % présentant une symptomatologie associée. Par ailleurs, 57,5 % des personnes présentent aussi des problématiques de santé physique telles que des syndromes métaboliques, des troubles cardiovasculaires, de l'hypertension, du diabète de type II et des problèmes gastriques.

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude consiste à décrire la clientèle dite « multiproblématique » au sein du RSSS par l'identification des principales composantes qui la caractérisent. L'angle sous lequel cette problématique est étudiée dans son contexte sort des sentiers battus, ce qui ajoute à l'interprétation scientifique des données et permet de mieux comprendre qui est cette clientèle, au-delà d'un qualificatif utilisé comme expression populaire afin de la désigner.

À la lumière des résultats obtenus, il n'est pas étonnant de constater que cette clientèle mette au défi la capacité d'accueil du réseau à son égard. En effet, les résultats permettent de dégager trois grands constats. Le premier a trait à une organisation de services réactive aux services offerts à cette clientèle, le deuxième a trait à l'intensité des services que celle-ci requière et le troisième témoigne des facteurs de risque de violence prédominant chez cette clientèle. Les prochaines sections élaborent davantage ces trois constats.

Une organisation de services réactive

Force est de constater que l'architecture des services du RSSS ne prévoit pas des programmes spécifiques destinés aux profils de besoins d'une clientèle dite « multiproblématique ». Les résultats démontrent que les responsabilités cliniques et administratives quant à la prestation de services de 69,5 % de l'échantillon font l'objet de situations litigieuses

4. Pour ce qui est des symptômes et des traits cliniques associés à certains troubles de santé mentale, uniquement les troubles liés à l'utilisation d'une substance (alcool et drogues) et les troubles de la personnalité (limite et antisociale) tirés du *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, 5th edition* (DSM-5, APA, 2015) furent retenus dans la cadre de la présente étude.

entre les partenaires du réseau. Ces résultats viennent sans conteste soutenir les observations de l'ASSS MCQ (2009). Par ailleurs, à l'instar des résultats obtenus, plusieurs usagers présentent de nombreuses problématiques, sans pour autant leur permettre d'emblée l'accès à un programme-services spécifique tel que prévu dans les orientations ministérielles, d'où les litiges quant à leurs prestations de services (ASSS MCQ, 2009; CIUSSS MCQ, n.d.; MSSS, 2004). À titre illustratif, 12,6 % de l'échantillon présentent une DI permettant l'accès au programme-services DI-TSA comparativement à 37,5 % qui présentent une lenteur intellectuelle, qui, de ce fait, n'ont pas nécessairement accès au même programme-services puisqu'uniquement 27,3 % de l'échantillon sont desservis par ce programme. Conséquemment, outre les litiges entre les partenaires du RSSS et les vides de services décelés entre les différents programmes, l'intégration des services à l'égard de cette clientèle se fait principalement dans la gestion de l'urgence de la situation amenant le système de santé et de services sociaux à être réactif quant à la prestation de services de celle-ci, venant ainsi appuyer les observations du CIUSSS MCQ. Le profil atypique de la clientèle par rapport au programme-services, combiné à la gestion de l'urgence des situations, n'est certes pas compatible avec l'administration des programmes-services efficiente telle que le cadre intégrateur du RSSS le prévoit, particulièrement pour une clientèle qui nécessite une aussi grande intensité de services.

L'ampleur de l'intensité de service

Les résultats démontrent que l'utilisation des services d'urgence et d'hospitalisation de la clientèle à l'étude suit une courbe inversée à celle de la population générale. En effet, 71,8 % ont consulté à l'urgence d'un centre hospitalier au cours de l'année comparativement à 26 % chez la population générale (ISQ, 2013), conséquence possible d'une organisation de services peu adaptée pour cette clientèle. Par ailleurs, nous observons que contrairement à la population générale pour qui la proportion diminue sur le nombre de consultations annuelles (une consultation : 15,8 %; deux consultations : 6,1 %; et trois consultations et plus : 4,1 %) (ISQ, 2013), la proportion de la clientèle à l'étude quant à elle augmente (une consultation : 3,9 %; deux consultations : 11,7 %; et trois consultations et plus : 56,2 %). Le même phénomène est également observé à propos du nombre d'hospitalisations. Bien que par définition la clientèle dite « multiproblématique » ne trouve pas de réponse ajustée à ses besoins dans le réseau des services publics, elle demeure néanmoins une grande utilisatrice de services du RSSS.

Par ailleurs, les résultats démontrent que 43 % nécessitent une assistance continue par mesure de sécurité, ceci se traduisant par un accompagnement constant dans leurs déplacements. Cet état de fait témoigne également de l'intensité de service requise auprès de cette

clientèle, d'autant plus qu'aucun programme-services ne prévoit un tel niveau d'encadrement sur du long terme dans leur offre de services.

Les facteurs de risque de violence prédominants

Les résultats démontrent que les facteurs de risque de violence statiques faisant office de toile de fond permanente du portrait clinique de la clientèle à l'étude sont nombreux. En effet, 88,9 % présentaient déjà des comportements problématiques avant l'âge adulte. Par ailleurs, 37,3 % ont des antécédents d'activités criminelles durant la jeunesse et 46,8 % au cours de leur vie adulte. Ces résultats viennent appuyer ceux de Weiss et ses collaborateurs (2012), de Lunskey et ses collaborateurs (2012) ainsi que ceux d'Hodgins et ses collaborateurs (2011) à l'effet que les antécédents de violence et les actes délictuels sont des facteurs prédicteurs de risque de violence.

Par ailleurs, les résultats mettent en évidence qu'au cours de l'enfance et de la jeunesse, 81,7 % présentaient des indices de difficultés d'adaptation sociale ou scolaire, 75 % vivaient au sein d'une dynamique familiale complexe, 55,6 % ont été victimes de mauvais traitements et 49,5 % ont vécu au moins un placement. Ainsi, nos travaux abondent dans le même sens que ceux de Guedeney et Dugravier (2006) à l'effet que l'exposition à des mauvais traitements, à une dynamique familiale dysfonctionnelle et à des antécédents d'inadaptation durant l'enfance ou l'adolescence contribue à la propension de comportements violents.

Les résultats indiquent également la précarité du statut socioéconomique de la clientèle. En effet, 95,3 % sont prestataires d'une aide financière gouvernementale et 57,7 % possèdent un niveau de scolarité primaire ou présecondaire. Ces résultats rejoignent ceux de Guedeney et Dugravier (2006), de Voyer et ses collaborateurs (2009) et de Senon et ses collaborateurs (2013).

Concernant les diagnostics, outre ceux relatifs aux problématiques de santé physique, les principaux sont les troubles et les atteintes neurologiques à 57,3 % et la lenteur intellectuelle à 37,5 %. Par ailleurs, les résultats démontrent la présence de traits et de symptômes associés à certains troubles tels que le TPL à 43 % et le TPA à 35,9 %.

En ce qui a trait aux facteurs de risque dynamiques, soit les facteurs de risque propices au changement, le RSSS aurait avantage à les investir dans une organisation de services spécifique. En effet, les résultats démontrent que la clientèle à l'étude possède un historique documenté de problématiques récurrentes. De surcroît, la convergence des indices issue de la présente étude porte à croire que la chronicisation des problématiques ainsi que le syndrome de la porte tournante pourraient être

évités au long cours par la mise en œuvre d'une offre de services spécifique destinée à cette clientèle.

Forces et limites de cette étude

De façon générale, force est de constater que cette étude prend son essor par son chemin précurseur au regard d'une clientèle peu étudiée dans le RSSS. Bien qu'il s'agisse d'un premier pas issu d'une étude exploratoire, les résultats pourront certainement soutenir les cliniciens et les décideurs du RSSS vers une meilleure organisation des services destinés à cette clientèle.

Par ailleurs, bien que la méthode d'analyse de dossiers soit la meilleure option pour répondre aux objectifs de cette recherche, celle-ci est néanmoins tributaire de certaines limites. En effet, les dossiers ne comportent pas forcément toutes les informations souhaitées, particulièrement en ce qui a trait aux données historiques. En contrepartie, considérant la nature du problème et les ressources disponibles, le biais potentiel quant à la validité des données est minimisé puisque tous les dossiers furent analysés par une seule personne (première auteure) tout comme l'accord interjuge (deuxième auteure). De plus, malgré la taille d'échantillon ($N = 128$), les participants proviennent principalement de la région de la MCQ, diminuant ainsi la tendance à généraliser les résultats à l'ensemble du Québec.

CONCLUSION

La présente étude permet d'explorer une clientèle peu étudiée pour mieux la connaître dans un contexte particulier. Les résultats démontrent que la majorité de la clientèle dite « multiproblématique » présentait déjà des indices d'inadaptation et de comportements problématiques au cours de l'enfance ou de la jeunesse tout en ayant un historique de facteurs de risque de violence documentés. De plus, les résultats font état d'une organisation des services peu adaptée, voire réactive quant à la prestation de services de cette clientèle, de sorte que le réseau se situe davantage en gestion de l'urgence des situations plutôt qu'en organisation des services planifiés.

L'ampleur des résultats obtenus par la présente étude vient induire la nécessité de poursuivre vers d'autres recherches, à la fois pour mieux comprendre les différences et les similarités qui existent chez cette clientèle, mais aussi pour orienter une organisation de services pour mieux répondre à leurs besoins particuliers. En effet, bien que des éléments marquants ressortent de façon générale sur les cinq dimensions étudiées, le profil hétéroclite de la clientèle a son importance, particulièrement dans le choix des approches et des modalités d'intervention à privilégier. Par

conséquent, à partir des composantes recensées, la seconde étape sera de déterminer l'existence de regroupements parmi cette population et de proposer une classification par sous-groupes de personnes présentant un risque accru de comportements problématiques, mais chez lesquels l'origine de ces comportements serait différente. L'appartenance à l'un de ces sous-groupes permettra ainsi de faciliter l'orientation vers les bons services au sein du RSSS.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (Traduction française par J.-D. Guelfi et al.). Paris, France : Masson.
- ASSS MCQ. (2009). *Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples*. Trois-Rivières, Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec. Récupéré de <http://www.agencesss04.qc.ca/images/images/documents/2009/orientations%20problematisques%20multiples.pdf>
- CIUSSS MCQ. (2015a). *Portrait de santé de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et tendances par RLS dans le cadre du plan d'action régional en santé publique 2015-2020*. Trois-Rivières, Québec : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- CIUSSS MCQ. (2015b). *Intervention de crise auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles envahissants du développement : une recension critique des écrits en consultation avec les parties prenantes*. Collections de l'Institut universitaire en DI et en TSA. Trois-Rivières, Québec : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- CIUSSS MCQ. (n.d.). *Rapport préliminaire collecte de données : continuum de services en termes d'hébergement et d'activités cliniques associées aux problématiques comportementales*. Trois-Rivières, Québec : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- Desjardins, N., D'amours, G., Poissant, J. et Manseau, S. (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Québec, Québec : Institut national de santé publique, Gouvernement du Québec.
- Dorvil, H., Guttman, H., Ricard, N. et Villeneuve, A. (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*. Montréal, Québec : Gouvernement du Québec.
- Douglas, K. S., Guy, L. S. et Hart, S. D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 135(5), 679-706.
- Dumais, A. (2012). *Développement du modèle de spécificité clinique chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves associés à des problèmes de violence et de comportements antisociaux* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal. Récupéré de Papyrus, dépôt institutionnel des mémoires et des thèses numériques de l'Université de Montréal à <http://hdl.handle.net/1866/7026>
- Elbogen, E. B. et Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 152-161.
- Elbogen, E. B., Van Dorn, R. A., Swanson, J. W., Swartz, M. S. et Monahan, J. (2006). Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 189(4), 354-360.
- Guedeney, A. et Dugravier, R. (2006). Les facteurs de risque familiaux et environnementaux des troubles du comportement chez le jeune enfant : une revue de la littérature scientifique anglo-saxonne. *La psychiatrie de l'enfant*, 49(1), 227-278.
- Hodgins, S., Calem, M., Shimel, R., Williams, A., Harleston, D., Morgan, C.,... Jones, P. (2011). Criminal offending and distinguishing features of offenders among persons experiencing a first episode of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(1), 15-23.

- Hodgins, S., Tiihonen, J. et Ross, D. (2005). The consequences of Conduct Disorder for males who develop schizophrenia: Associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophrenia Research*, 78(2-3), 323-335.
- ISQ. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011 - L'hospitalisation et la consultation d'un médecin à l'urgence d'un hôpital : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*. Québec, Québec : Institut de la statistique du Québec, Gouvernement du Québec.
- Joyal, C. C., Gendron, C. et Côté, G. (2008). Nature and frequency of aggressive behaviours among long-term inpatients with schizophrenia: A 6-month report using the modified overt aggression scale. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(7), 478-481.
- Klassen, D. et O'Connor, W. A. (1994). Demographic and case history variables in risk assessment. Dans J. Monahan et H. J. Steadman (dir.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (p. 229-257). Chicago, IL : University of Chicago Press.
- Lambole, M. (2009). *Vers un réseau intégré : la criminalisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale*. Montréal, Québec : Sécurité publique Canada.
- Léveillé, S., Dubé, M., Martins Borges, L. et Lefebvre, J. (2005). *Grille d'analyse multidimensionnelle de l'homicide conjugal*. Document non publié. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Lunsky, Y., Balogh, R. et Cairney, J. (2012). Predictors of emergency department visits by persons with intellectual disability experiencing a psychiatric crisis. *Psychiatric Services*, 63(3), 287-290.
- Millaud, F. (2009). *Le passage à l'acte* (2^e éd.). Montréal, Québec : Elsevier Masson.
- Millaud, F. et Dubreucq, J.-L. (2005). Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique : Introduction. *Annales médico-psychologiques*, 163(10), 846-851.
- Millaud, F., Roy, R., Gendron, P. et Aubut, J. (1992). Un inventaire pour l'évaluation de la dangerosité des patients psychiatriques. *Revue canadienne de psychiatrie*, 37(9), 608-615.
- MSSS. (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux*. Montréal, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle - Contention, isolement et substance chimique* (version révisée, mars 2015). Montréal, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Murray, J. et Farrington, D. P. (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: Key findings from longitudinal studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(10), 633-642.
- Ouellet, F. et Hodgins, S. (2014). Synthèse des connaissances sur les facteurs de protection liés à la délinquance. *Criminologie*, 47(2), 231-262.
- Sabourin, G., Sénécal, P. et Paquet, M. (2016). *EGCP-II-R – Échelle des comportements problématiques II, révisée (Manuel de l'utilisateur)*. Montréal, Québec : Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement (SQETGC) – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ).
- Senninger, J.-L. (2005). Rechute, récidence, sérialité : des confusions dangereuses. *Annales médico-psychologiques*, 163(10), 866-869.
- Senon, J.-L., Jonas, C. et Voyer, M. (2013). *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Montréal, Québec : Elsevier Masson.
- Senon, J.-L. et Manzanera, C. (2006). Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. *Annales médico-psychologiques*, 164(10), 818-827.
- Silver, E. (2000). Race, neighborhood disadvantage, and violence among persons with mental disorders: The importance of contextual measurement. *Law and Human Behavior*, 24(4), 449-456.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorm, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenbeck, R. A.,... Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 490-499.

Clientèle dite « multiproblématique »

- Voyer, M. (2013). Dangerosité et maladie mentale. Dans J.-L. Senon, C. Jonas et M. Voyer (dir.), *Psychiatrie légale et criminologie clinique* (p. 369-376). Montréal, Québec : Elsevier Masson.
- Voyer, M., Senon, J.-L., Paillard, C. et Jaafari, N. (2009). Dangerosité psychiatrique et prédictivité. *L'information psychiatrique*, 85(5), 745-752.
- Weiss, J. A., Slusarczyk, M., et Lunskey, Y. (2012). Individuals with intellectual disabilities who live with family and experience psychiatric crisis: who uses the emergency department and who stays home? *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 4(3), 158-171.

RÉSUMÉ

Cet article présente les résultats d'une étude exploratoire portant sur les principales composantes caractérisant la clientèle dite « multiproblématique » au sein du réseau de la santé et des services sociaux (N = 128). Le portrait d'ensemble qui se dégage de cette étude met en évidence les facteurs de risque de comportements problématiques prédominant chez cette clientèle et l'ampleur de l'intensité de services qu'elle requiert. Par ailleurs, les résultats démontrent que le réseau se situe davantage en gestion de l'urgence des situations plutôt qu'en organisation de services planifiés auprès de cette clientèle aux besoins particuliers.

MOTS CLÉS

clientèle multiproblématique, facteur de risque, comportements problématiques, réseau de la santé et des services sociaux, grands utilisateurs de services

ABSTRACT

This article presents the results of an exploratory study about the main components characterizing the people with so-called "multilevel problems" in health and social services (N = 128). The overall picture that emerges from this study highlights risk factors for challenging behavior in this population. The results show that the network can be found more in the management of emergency situations rather than in the organization of planned services to this clientele with special needs.

KEY WORDS

challenging customers, multilevel problems, risk factor, challenging behavior, frequent health and social services users
